

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕПАТИТЕ С

Семенюк А.К., Ржеусская Л.Д.

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

Инфицированность населения вирусом гепатита С (HCV), выделенным в 1989 г. высокая и в настоящее время отмечается дальнейший рост заболеваемости. Вирус гепатита С представляет серьезную угрозу здоровью людей из-за высокой вероятности возникновения хронического гепатита С, цирроза печени, при этом большинство случаев гепатоцеллюлярной карциномы связано именно с этим вирусом.

Вирусом гепатита С (HCV) инфицировано около 500 млн. населения мира (1). В Европе частота носительства HCV в популяции составляет 0,4—2,6 на 1000 человек, а среди беременных 1-2%. Источниками инфекции являются больные хронической и острой формой гепатита С, а также латентные носители HCV. Пути передачи – парентеральный и вертикальный от матери к плоду. Факторами риска HCV-инфицирования среди беременных женщин являются: применение внутривенных препаратов и наркотиков в анамнезе; переливание крови в анамнезе; наличие полового партнера, употребляющего наркотики; ЗППП в анамнезе; татуировки и пирсинг; диализ; антитела к гепатиту В или ВИЧ; наличие нескольких половых партнеров; выявление HCV у матерей беременных женщин (3).

Очень немного известно о влиянии HCV-инфекции на течение беременности. У большинства женщин инфекция течет бессимптомно и примерно у 10% отмечается повышение трансаминаз. По некоторым данным, HCV-инфекция не коррелирует с повышенной частотой неблагоприятных осложнений и исходов беременности и родов (6).

Хотя возможна вертикальная передача вируса плоду, гепатит С не является противопоказанием к беременности. Риск внутриутробного заражения гепатитом С не зависит от времени заражения матери и составляет приблизительно 6%. Но решающим является то, что вертикальная передача инфекции у новорожденного наблюдается при высокой степени репликации вируса в организме матери (виремия >106 вирионов в 1 мл). Возможна антенатальная и интранатальная передача вируса. Последние исследования показали, что внутриутробному инфицированию подвержены только те плоды, у матерей которых наблюдается HCV-инфицированность лимфоцитов. Вирус не обладает тератогенным эффектом, новорожденные могут стать вирусоносителями (2).

Заболевание обычно протекает в легкой или средней степени тяжести, при этом отмечается: тошнота, рвота, гепатоспленомегалия, желтуха, боль в правом подреберье.

При наличии маркеров гепатита С беременные женщины должны наблюдаться у гепатолога. После дополнительного обследования, при отсутствии признаков активации инфекции, гепатолог дает заключение о возможности родоразрешения в обычном родильном доме. При беременности вирусный гепатит С особого влияния на течение гестационного процесса не оказывает.

Вакцины от гепатита С на сегодняшний день не существует в связи с быстрой мутагенностью вируса и недостаточными знаниями о взаимодействии HCV и иммунной системы.

Метод лечения острого вирусного гепатита у беременных - применение виферона, учитывая высокий риск хронизации. Действия акушера в острой стадии вирусного гепатита С у беременной направлены на предупреждение прерывания беременности.

В последние годы все большее внимание уделяется внутриутробному инфицированию как фактору риска развития ФПН. Внутриутробная инфекция сопровождается повреждением плацентарных мембран с отложением в тканях иммунных комплексов, что ведет к дезинтеграции ее структурных элементов, нарушению течения окислительно-восстановительных процессов и формированию фетоплацентарной недостаточности.

Нет единого мнения о безопасном способе родоразрешения беременных с HCV-инфекцией. Некоторые специалисты считают, что кесарево сечение снижает риск инфицирования плода (5), тогда как другие отрицают это (4, 6). Преждевременный разрыв плодного пузыря и длительный безводный промежуток увеличивает риск интранатального инфицирования, поэтому он должен быть сокращен.

Роды в острой стадии вирусного гепатита С в любом сроке беременности ведутся как преждевременные, при этом проводится профилактика и лечение послеродовых осложнений. Перинатальная смертность при остром гепатите С высокая.

Вирус гепатита С обнаруживается в грудном молоке, и поэтому вопрос о безопасности грудного вскармливания не решен до сих пор. Концентрация вируса в молоке зависит от уровня вирусной репликации в крови, поэтому грудное вскармливание может быть сохранено в случаях с отсутствием виремии (2). Концентрация вируса в грудном молоке мала, при этом он способен разрушаться в пищеварительном тракте плода, в связи с этим грудное вскармливание не должно быть противопоказано при наличии HCV-инфекции, за исключением женщин с первичным инфицированием HCV на поздних сроках беременности (4.). Однако существует мнение, что само по себе выявление HCV в грудном молоке свидетельствует о высоком уровне виремии, поэтому может быть причиной инфицирования новорожденных (7, 8).

Для своевременной диагностики заболевания детей из группы риска рекомендуется исследовать пуповинную кровь на наличие маркеров гепатита С при рождении и в 3-х - 6-ти месячном возрасте, хотя даже при установленном диагнозе и возрасте ребенка до 2 лет не показана никакая противовирусная терапия. В связи с возможной длительной циркуляцией материнских антител и поздним их появлением у инфицированного ребенка обследование на а-HCV ранее 12-ти месяцев проводить нецелесообразно (1).

Все дети, рожденные от анти-HCV-положительных матерей, будут также анти-HCV-положительны в течение первых 12 месяцев жизни вследствие трансплацентарного переноса материнских IgG, но если антитела сохраняются более 18 месяцев после рождения, то это указывает на инфицированность ребенка гепатитом С.

Литература

1. Безнощенко Г.Б., Сафонов А.Д., Яркое А.Н. Желтухи у беременных. М., Медицинская книга. Н.Новгород: Изд-во НГМД., 2004-74 с.
2. Внутриутробные инфекции: Учебное пособие /И.С.Сидорова, И.О.Макаров, Н.А.Матвиенко. – М.: ООО. Медицинское информационное агентство, 2006 – 176 с.
3. Колгушина Н.В., Макацария Л.Д. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей. Триада-Х, Москва, 2004, 144 с.
4. Dinsmoor MJ. Hepatitis C in pregnancy. Curr Womens Health Rep 2001; 1(1):27—30.
5. Foster GR. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of HCV. BJOG 2003; 110(1):91.
6. Hupertz VF, Wyllie R. Perinatal hepatitis C infection. Pediatr Inf Dis J 2003; 4(22).
7. Paternoster DM, Santarossa C, Stella A, et al. Pregnancy in women infected with hepatitis C virus. Acta Biomed Ateneo Parmense 2000; 71(suppl 1):553-557.
8. Paternoster DM, et al. Viral load HCV RNA-positive pregnant women. Am J Gastroenterol 2001; 96:2751—2754.